

Educación Médica

www.elsevier.es/edumed



La formación de los médicos: un continuo inseparable



José Antonio Martínez Pérez^{a,*} y Carlos Macaya^b

^a *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Médico de Familia, Centro de Salud Guadalajara-Sur, Guadalajara, España. Vocal de la Junta Directiva de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME), España*

^b *Sociedad Española de Cardiología, Presidente de la Junta Directiva de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME), España*

Recibido el 9 de febrero de 2015; aceptado el 6 de marzo de 2015

PALABRAS CLAVE

Aprendizaje a lo largo de toda la vida;
Motivación;
Aprendizaje de adultos;
Aprendizaje autodirigido;
Reflexión;
Aprendizaje en grupos

KEYWORDS

Lifelong learning;
Motivation;
Adult learning;
Self-directed learning;

Resumen Actualmente estamos sumergidos en un mundo en el cual su principal característica es el cambio constante. Por este motivo, es necesario que el médico sea competente a lo largo de toda su vida profesional. Los adultos aprenden de manera independiente de los profesores y de una forma que está íntimamente ligada a su experiencia. El aprendizaje a lo largo de toda la vida debe ser entendido como un término genérico que incluye e incorpora muchos aspectos o componentes del aprendizaje. Estos aspectos o componentes, cuando se toman juntos, forman un continuo. Este continuo puede verse como una serie o conjunto de actividades de aprendizajes específicos y complementarios, que pueden ser integradas por el médico en momentos diferentes para satisfacer distintos objetivos o prioridades. La motivación de los médicos para participar en el aprendizaje se basa en la necesidad de reducir la tensión creada por la diferencia que existe entre “lo que es” y “lo que debería ser”. Históricamente, la formación médica continuada se ha centrado en las actividades formales; sin embargo, hay muchas más actividades de aprendizaje en el proceso de aprendizaje continuo, tales como: el aprendizaje de adultos, el aprendizaje autodirigido, la reflexión y el aprendizaje en grupos. Todas estas actividades de aprendizaje pueden ayudar a estructurar tipos formales, semiformales e informales de los planes y programas de aprendizaje.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Medical education: an inseparable continuum

Abstract We are currently immersed in a world in which the main feature is the constant change. For this reason, it is necessary that the physician is competent throughout their working life. Adults learn independently of teachers and in a manner that is closely tied to their experience. Lifelong learning should be understood as an umbrella term that includes and incorporates many aspects or components of learning. These aspects or components when taken

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmartinezp@semergen.es (J.A. Martínez Pérez).

Reflection;
Learning in groups

together form a continuum. This continuum can be viewed as a series or range of specific and complimentary learning activities that can be integrated by the learner at different times to meet different goals or priorities. The motivation for physicians to engage in learning is based upon the need to reduce the tension created by the gap that exists between “what is” and “what ought to be”. Historically, continuing medical education have focused on formal activities; however there are many more learning activities/concepts central to the continuum of lifelong learning such as: adult learning, self-directed learning, reflection, and the context of learning in groups. All of these learning activities can help structure formal, semi-formal and informal types of learning curriculums and programs.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

*La vida es corta y el arte largo, la ocasión fugaz,
el experimento arriesgado, la experiencia engañosa
y el juicio difícil.*

HIPÓCRATES (460 a. C.-370 a. C.)

Marco conceptual

El cometido del sistema sanitario es dar respuesta a las necesidades de salud de los ciudadanos y, por este motivo, los recursos materiales y humanos tienen que estar al servicio de esta tarea. En el sistema sanitario intervienen diferentes integrantes: Administración, proveedores de servicios, asociaciones profesionales, sociedades científicas, instituciones docentes y los propios usuarios. Todos ellos tienen una responsabilidad social en cuanto a lograr la provisión de unos servicios valiosos (relacionados con las necesidades sanitarias), equitativos, accesibles, de calidad y coste-efectivos. Estos valores de responsabilidad deben ser el norte que tiene que guiar a estas instituciones para rendir cuentas a la sociedad.

La calidad de los servicios se enlaza con una buena planificación y organización y con los recursos económicos y de infraestructura utilizados, pero también con la competencia de sus profesionales. La adquisición de esta competencia implica, a su vez, una correcta interacción entre la capacidad del profesional (conocimiento, experiencia, juicio), la tarea que hay que realizar y el contexto en que debe ser realizada¹, y constituye el objetivo último de la formación médica.

Actualmente estamos sumergidos en un mundo en el cual su principal característica es el cambio constante. Este hecho entraña unos cambios conceptuales muy importantes en el campo de la educación y el aprendizaje. Esto supone que ya no es realista definir el propósito de la educación como la transmisión de lo que se conoce. En un mundo en el que la vida media de muchos hechos (y habilidades) es de 10 años o menos, la mitad de lo que una persona ha aprendido a una edad determinada puede quedar obsoleto cuando esa misma persona tenga 10 años más. Por este motivo, el ser competente requiere una formación a lo largo de toda la vida profesional, con la que los profesionales médicos deben comprometerse, para garantizar la adecuación de sus conocimientos y habilidades clínicas, aspectos que son esenciales para prestar un servicio sanitario de calidad.

La necesidad de que el médico actualice permanentemente sus conocimientos y perfeccione sus habilidades pro-

fesionales de modo que garantice una práctica adecuada es un proceso al que se ha venido denominando formación médica continuada (FMC). Se trata de un compromiso personal, ético y profesional del médico, quien tiene el deber de estar formado a la vez que el paciente el derecho de que el médico efectivamente lo esté.

Este periodo se corresponde con el más específico de la formación médica y el más relacionado con los problemas reales de la práctica profesional. Esta especificidad se debe a la necesidad de que esta formación responda a los problemas que, de manera cotidiana, se le presentan al profesional en su ejercicio habitual.

Tradicionalmente se ha entendido la FMC como el conjunto de actividades de formación dirigido a complementar la formación básica o especializada y la actualización o puesta al día de conocimientos. Actualmente tiende a entenderse la FMC, en un sentido más amplio, como la “actividad dirigida a incorporar de manera constante los cambios adecuados de nuestro ejercicio profesional”². Sería, en este sentido, un “esfuerzo sistemático de facilitar el cambio en el ejercicio del médico”³, conectando de esta manera lo educativo con la mejora del ejercicio (*performance*), no quedándose estrictamente en la mejora de los conocimientos y de la competencia.

En el último cuarto del siglo xx surgió un término nuevo conocido como desarrollo profesional continuo (DPC)⁴, que tiene un ámbito más amplio que el de la formación continuada y está más orientado hacia la calidad y la implicación del profesional en el proceso. El DPC pone énfasis sobre todo en el individuo, en sus capacidades, sus motivaciones, sus prioridades así como en sus necesidades y en las de su entorno profesional y social, integrándolas en sus objetivos. Aporta un enfoque integrador e involucra al profesional en la detección de sus necesidades de formación, en su autoevaluación, en el desarrollo de su capacidad de reflexión y en el ejercicio continuo de su capacidad de aprender para mejorar⁴.

El DPC se adquiere mediante diferentes actividades de FMC, pero va más allá. Incluye todas las actividades que los médicos llevan a cabo, formal o informalmente, como por ejemplo la propia actividad profesional que es, en sí misma, una actividad formativa; pero también lo son la discusión con un compañero, “*un par*” o un paciente; el proceso de reflexión frente a un problema, etc. La diferencia entre FMC y DPC a veces puede ser sutil y probablemente académica, pero el concepto que impera es el de que la FMC se restringe a las actividades de formación más o menos regla-

das, presenciales o a distancia, que realiza un profesional, mientras que el DPC se inicia mediante un acto reflexivo de “dónde estoy” y “a dónde quiero ir” e impregna la actividad profesional, ya que esta posee innumerables componentes formativos⁵. En palabras más sencillas, la FMC “se hace”, el DPC “se suscribe”⁶.

Pero los planteamientos del DPC también ponen un especial énfasis en la capacidad de provocar el cambio. El profesional no solo debe saber, no solo debe ser capaz de aplicar correctamente sus conocimientos, sino que debe incorporar de forma metódica los cambios apropiados en su práctica profesional, y comprobar que esos cambios suceden y son los previstos. Las actividades formativas deberían basarse por tanto en los procesos naturales mediante los cuales incorporamos los cambios³. En Medicina es importante la experiencia previa a la adopción de nuevos cambios, que se suele realizar mediante el entrenamiento en casos teóricos, la presentación por otros profesionales de casos propios o el aprendizaje en la consulta que facilita un compañero más experto.

La observación previa a la adopción de los nuevos cambios también es relevante para impedir que una concepción incorrecta de estos dificulte la decisión o la ulterior puesta en práctica.

Asimismo, tenemos la experiencia de cómo aspectos previamente aprendidos e incorporados en nuestra práctica provocan dificultades para la incorporación de otros nuevos si se dan entre ellos ciertas discordancias. En definitiva, uno de los principales problemas del aprendizaje es anular aprendizajes previos: a veces lo más complejo de aprender es aprender a “desaprender”⁷. En la tabla 1 reflejamos las principales características del DPC y en la tabla 2, los factores que pueden influir en que se incorporen o no a la práctica los cambios apropiados a la práctica profesional.

Una vez que el profesional ha ideado el cambio que debe adoptar, valorará su necesidad personal de realizar un cambio y buscar nuevos niveles de competencia profesional. El proceso de autoevaluación comprenderá cuatro etapas (tabla 3). La diferencia entre “donde estoy” y “donde debería estar” nos indica la necesidad de aprendizaje y de cambio.

¿Y cuál sería el objetivo último del DPC? Algunos autores como Fox³ afirman que este objetivo final sería la “traducción del conocimiento”. Esta expresión se encuentra en la

Tabla 1 Características básicas del desarrollo profesional continuo

- Es un concepto más amplio e incorpora cualquier herramienta que facilite la mejora profesional
- El esfuerzo para mejorar profesionalmente debe ir dirigido a incorporar cambios reales en el ejercicio. No es suficiente la mejora de la competencia
- Incorpora la metodología de la educación de adultos
- La capacidad del adulto de autodirigir su aprendizaje es crucial para la implicación y efectividad del aprendizaje
- Sitúa el aprendizaje en un escenario más cercano a la práctica diaria
- El adulto se beneficia en su aprendizaje de figuras que asumen el papel de mentor o facilitador

Tabla 2 Factores que pueden influir en la incorporación o no de los cambios apropiados a su práctica profesional

- Su complejidad
- Las ventajas que aporta sobre prácticas y procedimientos previos
- Cómo se imagina el individuo dicha innovación
- La posibilidad de observar que otros la incorporen antes
- Su compatibilidad con prácticas ya establecidas
- La posibilidad de probarla antes de decidir su incorporación

Tabla 3 Etapas del proceso de autoevaluación para valorar la necesidad de realizar el cambio

- Valoración de cuáles deberían ser sus conocimientos, habilidades y desempeño profesional
- Estimación de sus conocimientos o competencias actuales relacionados con el cambio que ha ideado
- Valoración de la discrepancia entre lo que debería ser y lo que es
- Comprobación de que lo que es no coincide con lo que debería ser

bibliografía sobre investigación en provisión de servicios de salud y es el término más frecuentemente usado para definir el “resultado” del DPC. Expresa el proceso mediante el cual se produce la transmisión del conocimiento a los médicos prácticos y al sistema de salud, de tal forma que quedará incorporado al propio ejercicio profesional y, por tanto, en último término, a los resultados de la atención de salud.

Según esto, el conocimiento es elaborado y dispuesto de tal forma que el ejercicio profesional y sus resultados experimentan un cambio o son reafirmados. Bajo este prisma, la traducción del conocimiento significa mucho más que una simple aplicación directa e implica un proceso de reformulación e interpretación, traduciendo un hallazgo o conocimiento científico en una conclusión, en una interpretación, en una innovación, en ejercicio profesional, en una interacción o en un resultado.

Todo esto refleja sobre todo la necesidad de que el clínico adapte la información a la singularidad del contexto en el que se aplica.

El aprendizaje de los adultos

El DPC, como actividad propia de profesionales en ejercicio, exige el desarrollo de sus actividades bajo una metodología educativa apropiada, la del aprendizaje de adultos⁸.

Las actividades formativas tradicionales se basaban en el docente y en lo que este enseñaba, situándose el alumno en un papel secundario y como mero receptor pasivo de información. Actualmente, en línea con las teorías del aprendizaje de adultos, el modelo se centra en el discente y en lo que este aprende, y el docente pasa de ser un profesor didáctico a un facilitador de aprendizaje. En la ta-

Tabla 4 Conceptos vigentes sobre el adulto que aprende

- Según vamos madurando, nos volvemos menos dependientes y con mayor capacidad de autodirección. Por tanto, más capaces de determinar nuestras propias necesidades de aprendizaje y encontrar las vías para satisfacerlas
- La experiencia es un importante recurso para el aprendizaje
- La disposición del adulto para aprender está estrechamente relacionada con las tareas que tiene que realizar en su trabajo y valora especialmente el aprendizaje que se refiere directamente a ellas
- Los adultos valoran el aprendizaje que puede ser puesto en práctica inmediatamente
- La motivación para aprender proviene tanto de influencias internas como externas

bla 4 se expresan los principios que asume la educación de adultos.

Como principio general, podemos afirmar que los adultos se motivan por un aprendizaje que reúna los siguientes criterios⁹:

- Que la participación sea voluntaria. La decisión de aprender es del que aprende.
- Que sea percibido como pertinente.
- Que esté basado en experiencias propias.
- Que sea participativo y le implique activamente.
- Que fomente la autodirección del proceso de aprendizaje, decisivo para la motivación e implicación del profesional.
- Que se enfoque sobre problemas concretos, no solo en meros aspectos conceptuales.
- Que se dé un respeto mutuo entre profesor y alumno y entre alumnos. El temor a mostrar ignorancia o falta de habilidad inhibe la participación y la solución de deficiencias.
- Que haya una dinámica de colaboración con el profesor y con los otros alumnos.
- Que incluya periodos activos y de reflexión: procesos continuos de reflexión sobre lo aprendido, sobre su utilidad en la propia práctica y aplicación posterior.
- Que promueva la reflexión crítica: presentación al discente de alternativas con un cierto grado de dificultad que le obliguen a consultar material, realizar preguntas y desarrollar un marco mental de postura crítica.

En relación a cómo hacer para que, de forma progresiva, vayamos incorporando una forma de aprendizaje propia de adultos, Brookfield⁹ aporta diez consejos:

1. Reducir progresivamente la dependencia de los que nos enseñan.
2. Ayudar al que aprende a comprender y manejar los recursos de aprendizaje, incluyendo las experiencias de los demás, especialmente de los compañeros que comparten el mismo proceso.
3. Ayudar a definir las necesidades de aprendizaje.
4. Ayudar a definir los objetivos, programar sus actividades de formación y evaluar el propio progreso.

5. Organizar lo que se va a aprender en términos de conocimientos, metas e intereses del profesional.
6. Animar a tomar decisiones, aumentar y diversificar sus experiencias de aprendizaje.
7. Estimular el uso de criterios para valorar todos los aspectos del aprendizaje y no solo aquellos que sean fáciles de medir.
8. Facilitar el planteamiento y solución de problemas relacionados con las necesidades personales y del grupo.
9. Reforzar el concepto del que aprende como alguien cada vez más experto en habilidades, *feedback* constructivo y apoyo mutuo.
10. Promover el aprendizaje experiencial (aprender haciendo, aprendizaje durante el trabajo) y el uso de “contratos” de aprendizaje (compromisos serios).

El aprendizaje autodirigido

El concepto de aprendizaje autodirigido (AAD) está en la base de muchas teorías educacionales, especialmente en el aprendizaje de adultos. En el AAD, el que aprende toma la iniciativa de su propio aprendizaje, diagnosticando las necesidades, formulando metas y objetivos, identificando recursos, poniendo en marcha iniciativas apropiadas y evaluando los resultados. Se ha considerado como el método más eficaz para la continuidad de la educación médica y el que más probablemente produciría profesionales preparados para el aprendizaje de por vida, capaz de identificar las necesidades cambiantes del Servicio de Salud y de sus pacientes¹⁰.

El AAD es un proceso activo que favorece un acercamiento “en profundidad” al aprendizaje. Está motivado por el interés en la materia y por su relevancia profesional, persiguiéndose el aprendizaje de los contenidos. En el aprendizaje “superficial”, por el contrario, lo más importante es completar un curso o aprobar un examen o el miedo a los errores profesionales.

El concepto de AAD conlleva implícitamente la responsabilidad personal de aprender, que requiere obligatoriamente la capacidad de elección por parte del que aprende y un alto grado de autonomía. Así mismo es necesaria una retroalimentación, *feedback*, desde su práctica profesional, desde “lo que hacen” (*performance*), y no solo desde “lo que son capaces de hacer” (*competence*).

El modelo del ciclo formativo

Una herramienta educacional relevante para desarrollar los principios del aprendizaje de adultos y, en concreto, el AAD, es el modelo de ciclo formativo¹¹, ya usado y bien comprendido en otros ámbitos de la educación. Sus principios son aplicables a muchas actividades de aprendizaje en el campo de la salud y frecuentemente se usan de una forma sencilla mediante un “triángulo educativo” de objetivos, métodos y evaluación. Conjuntamente, constituyen la base metodológica de los planes personales de desarrollo profesional, práctica más extendida en la Atención Primaria del Reino Unido.

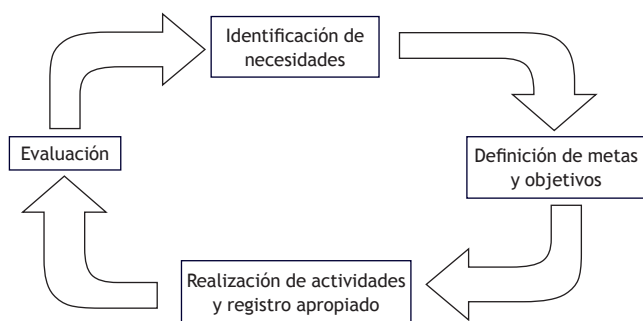


Figura 1 Etapas del ciclo formativo.

El ciclo formativo consta de cuatro pasos (fig. 1):

1. **Identificación de las necesidades personales de formación.** Es necesario que se identifiquen necesidades que van más allá de los modelos tradicionales habituales, abordando necesidades sobre habilidades, actitudes y, más relacionadas con la *performance*, sobre cambios necesarios en nuestra práctica.
2. **Establecimiento de objetivos de formación.** Es algo fundamental en un proceso educativo, y la calidad de su definición está muy relacionada con los logros formativos y la calidad de la evaluación posterior. Deben ser enunciados en términos de lo que el que aprende será capaz de hacer, una vez terminada la formación y en un contexto definido, expresándose en términos conductuales (conocerá, realizará, obtendrá, será capaz de dirigir, explorar, etc.). Ejemplo: “Una vez terminada la actividad, ante un paciente con poliartralgia, el alumno será capaz de explorar, de realizar un diagnóstico diferencial, de realizar una interconsulta adecuada, etc.).
3. **Elegir y usar distintos métodos.** Cursos (presenciales, a distancia, mixtos, en soportes distintos: escritos, Internet, multimedia), talleres, conferencias, revisiones focales de la literatura, sesiones clínicas, etc. El aprendizaje de habilidades requiere habitualmente aprender “haciendo”, usando distintos materiales (maniqués, simuladores, etc.), más que estar sentado escuchando una conferencia magistral. Sobre la utilidad de los distintos métodos conviene recordar el antiguo proverbio: “Lo que oigo lo olvido, lo que veo lo recuerdo, lo que hago lo comprendo”. La elección de distintas actividades y métodos estará determinada, en definitiva, por los objetivos fijados para cubrir una necesidad que hemos identificado.
4. **Evaluación de la formación.** ¿Cómo podemos saber si el profesional inmerso en una actividad de aprendizaje ha cubierto la necesidad que al inicio identificó? Lo más sencillo es basar la evaluación en comprobar la consecución de los objetivos establecidos en el segundo paso mediante una evaluación sumativa final. Sin embargo, esta evaluación final no es suficiente si queremos obtener resultados aceptables en la formación de adultos, aunque será necesaria si queremos acreditar que los objetivos se han conseguido. Es preciso incorporar evaluaciones iniciales que puedan evidenciar la situación de que parte el discente, su experiencia previa en esa materia, pero, sobre todo, es importante la evaluación continua que permita comprobar el proceso de incorporación de objetivos

y decidir cambios durante el desarrollo de la formación, haciendo de la evaluación un elemento formativo más.

La identificación de necesidades de formación

El AAD ha sido en parte puesto en cuestión porque se basa en la asunción de que el adulto está capacitado para identificar sus propias necesidades de aprendizaje. Lamentablemente, los estudios que se han realizado sobre el tema en la literatura especializada no arrojan buenos resultados¹², especialmente si se deja a estos profesionales sin ayuda, solos con sus propios recursos.

Uno de los principales problemas ha sido siempre la tendencia a identificar deseos (relacionados con preferencias e intereses personales) más que necesidades. Esto puede ser compensado utilizando métodos que traten de identificar áreas de necesidades reales:

- Experiencias concretas del clínico.
- Interacciones con el equipo (sesiones...).
- Actividades no clínicas (revisiones bibliográficas...).
- Actividades relacionadas con la gestión de calidad (auditorías clínicas...).
- Evaluación de necesidades específicas (análisis de hechos significativos...).
- Valoración por colegas (*peer review*).

El aprendizaje cooperativo basado en el trabajo cotidiano

El aprendizaje de adultos y el concepto de aprendizaje de por vida (*lifelong learning*) están íntimamente relacionados con el que realizamos basado en el trabajo cotidiano (ABT). Diariamente se dan muchas oportunidades potenciales para aprender y tienen lugar habitualmente de manera informal. La carga de aprendizaje que aporta la actividad profesional es enorme y su falta de planificación y definición de criterios en relación con objetivos predefinidos impiden que sea reconocido y acreditado.

Esta formación está influida por la dinámica del trabajo en equipo y la creación de un correcto clima de aprendizaje donde pueda darse un aprendizaje en común, cooperativo (ACBT).

Este aprendizaje cooperativo es frecuentemente informal y tiene lugar durante el desarrollo de las tareas ordinarias. Se concreta en las consultas entre compañeros, tomando café, en una petición de ayuda en un caso urgente. A menudo pasando a la consulta de al lado ante una situación de duda.

En estos procesos no se da la identificación de necesidad previa a la planificación del proceso formativo sino que, acorde con el modelo formativo profesional y lejos del modelo académico, la propia urgencia de resolución del problema lleva a una acción inmediata que soluciona nuestra necesidad. Es uno de los principales modos en que tiene lugar un aprendizaje significativo basado en el trabajo y su valor añadido ha sido ampliamente valorado por los expertos en formación.

Estas acciones simples podrían ser completadas posteriormente en un plazo breve de tiempo, utilizando recursos adicionales que asegurarán un aprendizaje en profundidad.

En otros casos, también de manera habitual, se realizan actividades de aprendizaje cooperativo formal, en sesiones con distinto contenido, planificadas previamente, en momentos dedicados expresamente para ello. Sus contenidos son múltiples: casos clínicos, revisiones temáticas, valoración de sucesos críticos o significativos, revisiones bibliográficas, aspectos organizativos, evaluativas (ciclos de calidad...), etc.

Existen diversas formas de funcionamiento de los grupos de aprendizaje¹³. Una de las más habituales está basada en programas de materias que hay que cubrir, a menudo con la colaboración de expertos externos. En este caso tienen más un matiz de mero aumento de conocimientos que de aprendizaje cooperativo, pero pueden incorporar sus criterios si están basados en cuestiones relacionadas con el trabajo real y si están orientados a mejoras concretas del ejercicio profesional, es decir, a provocar cambios.

Se recomienda la designación de profesionales que asuman la dirección de estos procesos de aprendizaje, tomando la responsabilidad de mantener la implicación de los miembros del grupo, velar por el respeto a las reglas previamente definidas o dirigir el interés del grupo hacia los resultados. Debería tratarse de algún profesional del mismo nivel que los miembros del grupo, de dentro o fuera de él, pero con alguna formación educacional.

La pertenencia a un grupo de aprendizaje es algo muy positivo para la motivación, el bienestar personal y el estado de ánimo de los profesionales. Diríamos que constituiría una actividad importante para prevenir y protegerse del desgaste profesional y la apatía que constantemente amenaza al profesional en nuestro actual sistema laboral. Uno de los resultados de estos grupos es la facilidad para adoptar patrones de conducta profesional considerados mejores¹⁴.

Así mismo se pueden revisar cíclicamente temas profesionales básicos mediante datos disponibles de cada consulta, que permiten tomar decisiones de mejora, convirtiendo las sesiones de formación en sesiones de formación-acción, con un mayor enfoque sobre resultados de cambio.

La formación en grupos cooperativos de aprendizaje constituye un método de importancia progresivamente mayor según van transcurriendo los años de nuestra vida profesional. Parece claro que los cambios cognitivos relacionados con la edad provocan la necesidad de adaptación de los métodos de formación, y la integración en grupos de aprendizaje junto con otros compañeros de profesión es uno de los métodos más adecuados para profesionales con mayor tiempo de ejercicio.

Sin embargo, en nuestro medio, la falta de formación y experiencia en metodología educacional constituye una gran dificultad para la organización de grupos de aprendizaje. Sería necesaria una tutela inicial por parte de expertos en educación con el fin de generalizar estos métodos entre nuestra profesión.

Esta formación básica es necesaria para evitar disfunciones y problemas en estos grupos. Por ejemplo, un problema puede ser la escasez de reglas de funcionamiento o su ausencia total. Como consecuencia, las reuniones pueden ser improductivas, o algunos de sus miembros pueden sentirse maltratados.

Para asegurar que las reuniones sean productivas, se debe crear una estructura con normas claras y consensuadas. Todos sus miembros deben ser capaces de responder a estas preguntas: cuál es el propósito y objetivo de estas reuniones y qué resultados queremos obtener. Si es complicado responder, mejor las posponemos hasta que seamos capaces de mejorar su diseño.

Por otra parte, para evitar que algún miembro pueda sentirse maltratado, o de hecho lo sea, es necesario establecer normas de seguridad. Cuestiones sobre competencia o desempeño personal deben ser tratadas mejor implícita que explícitamente, a no ser que algún miembro desee exponer cuestiones personales y, en este caso, todos los miembros del grupo, especialmente su responsable o líder, deben conocer las reglas básicas para proporcionar un *feedback* apropiado. Es muy perjudicial para todos que algunos se queden con la percepción de una experiencia de aprendizaje negativa o que se sientan perseguidos o menospreciados.

También podemos encontrarnos con algunos puntos débiles del aprendizaje cooperativo. Uno de ellos puede ser el fracaso en incorporar a algunos miembros del equipo. Esto es un problema importante si precisamente se da en casos de profesionales “discompetentes” o, como figura en la literatura especializada, con una *performance* pobre. Sin embargo, hay que considerar que todos, en mayor o menor medida, tenemos áreas de baja *performance* y, por tanto, es importante que nadie se quede fuera de una dinámica de aprendizaje. Nuestra autoestima profesional se basa habitualmente en algunas de las patas que sujetan la “mesa” de nuestra práctica profesional, pero esta es una mesa que necesita un elevado número de patas firmes y de buena calidad. Siempre habrá varias áreas que necesitan una mejora relevante.

Otro problema puede ser el aprendizaje “uno a uno” erróneo. Se da en aquel caso donde dos profesionales abordan un problema en el que uno de ellos tiene dudas y el otro da su opinión sobre la solución. Si este último tiene la costumbre de hacerlo con un tono de autoridad, aunque admita que no está seguro, puede transmitir en lenguaje no verbal una certidumbre suficiente para que su opinión sea tenida en cuenta. El primer profesional puede posteriormente comprobar mediante consultas en fuentes adecuadas que aquella opinión no era correcta, pero el riesgo se manifiesta evidente. Como se dijo con anterioridad, es necesaria una formación adecuada para el desarrollo de grupos de aprendizaje que, entre otras cosas, minimicen estos riesgos. Incluso aprender a construir nuestros propios sistemas de alarma. Una planificación adecuada, con sistemas de evaluación incorporados, debe hacer que en el ACTB los beneficios compensen tales riesgos¹⁵.

Bibliografía

1. Epstein RM. Assessment in medical education. *N Engl J Med*. 2007;356:387-96.
2. Pendleton D. Leadership for primary health care research. *Prim Health Care Res Dev*. 2012;13:301-7.
3. Fox RD. Using theory and research to shape the practice of continuing professional development. *J Contin Educ Health Prof*. 2000;20:238-46.
4. World Federation of Medical Education. Desarrollo profesional continuo (DPC) de los médicos. Estándares globales de la WFME

- para la mejora de la calidad. *Educación Médica*. 2004;7(Supl 2):S39-52.
5. Gual A, Nolla M. Desarrollo Profesional Continuo y regulación de la profesión: situación actual y perspectivas de futuro. *DPM*. 2007;0:23-9.
 6. Bruguera M, Gual A. Retos del Desarrollo Profesional Continuo y la Regulación de la Profesión Médica. *Educación Médica*. 2006;9:193-200.
 7. Chavida F. Fundamentos del Desarrollo Profesional Continuo. En: Martínez Pérez JA, editor. *El desarrollo profesional del médico. Un viaje a Ítaca*. Madrid: Spanish Publishers Associates; 2010. p. 77-111.
 8. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA. *The Adult Learner*. Oxford, UK: Elsevier; 2005.
 9. Brookfield SD. *The Power of Critical Theory for Adult Learning and Teaching*. Maidenhead, UK: Open University Press; 2005.
 10. Chastonay P, Vu NV, Humair JP, Mpinga EK, Bernheim L. Design, implementation and evaluation of a community health training program in an integrated problem-based medical curriculum: a fifteen-year experience at the University of Geneva Faculty of Medicine. *Med Educ Online*. 2012;17:16741.
 11. Pereira Gray DJ. *Training for General Practice*. Plymouth: Mac Donald and Evans; 1982.
 12. Tracey JM, Arroll B, Richmond DE, Barham PM. The validity of general practitioners' self assessment of knowledge: cross sectional study. *BMJ*. 1997;315:1426-8.
 13. Grant J, Chambers E, Jackson G. *The Good CPD Guide*. Sutton: Reed Healthcare Publishing;1999.
 14. Hiew S, Sivananthen N, Burton J. Self direct learning groups. En: Launer BJ, editor. *Supervision and Support in Primary Care*. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2003.
 15. Chavida F. El Desarrollo Profesional Continuo y el modelo de aprendizaje de adultos. *DPM*. 2007;0:8-15.